



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Lääkehoito Helsingin kaupungin kotihoidossa

Pärssinen, Ira

2015 Hyvinkää



Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Lääkehoito Helsingin kaupungin kotihoidossa

Ira Pärssinen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Heinäkuu, 2015

Ira Pärssinen

Lääkehoito Helsingin kaupungin kotihoidossa

Vuosi

2015

Sivumäärä

32

Helsingin kaupungin Sairaala- hoiva- ja kuntoutusosastoon kuuluvan kotihoidon perustehtävänä on järjestää omassa kodissaan asuville vanhuksille ja pitkäaikaissairaille terveydentilan ja toimintakyvyn tukea. Kotihoidossa toteutettavan lääkehoidon pääsääntönä on, että jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun omasta toiminnastaan luoden saumattoman yhteisen turvallisen lääkehoidon kokonaisuuden. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvata, minkälaisia poikkeamia tapahtuu kotihoidossa toteutettavassa lääkehoidossa ja minkälaisissa olosuhteissa virheitä tapahtuu.

Tämä opinnäytetyö tehtiin laadullisen tutkimuksen periaatteita noudattaen. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla Pohjoiseen palvelualueeseen kuuluvilla lähipalvelualueilla. Haastateltavat olivat kotihoidon ohjaajia, jotka päivittäisessä työssään käsittelevät lääkepoikkeamia. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Haastatteluiden pohjalta selvisi, että kotihoidossa toteutettavassa lääkehoidossa poikkeamia tapahtuu lääkehoidon eri vaiheissa. Riskikohtia ovat lääkkeen jakaminen, lääkkeen antaminen, tiedonvälitys ja kirjaaminen sekä neuvonta ja ohjeistus. Olosuhteet jotka johtavat poikkeamiin ovat huolimattomuus, väsymys, kiire ja hoitajan asenteet.

Opinnäytetyö osoitti, että sairaan- ja terveydenhoitajien lukumäärän lisääminen kehitti lääkehoidon laatua. Opinnäytetyön johtopäätöksenä on, että lääkehoitoa toteuttavat tarvitsevat jatkuvaa perehdytystä ja koulutusta. Sekä lääkehoitoon että poikkeamiin liittyvistä asioista täytyy keskustella avoimesti työyhteisössä, vain niin voidaan kehittää turvallista lääkehoitoa.

Asiasanat: kotihoito, turvallinen lääkehoito, lääkepoikkeama

Ira Pärssinen

Medical care in Helsinki City Home Care Unit

Year	2015	Pages	32
------	------	-------	----

The basic function of home care services (domestic services and home nursing) is to provide support for the health and functionality of elderly people and those with chronic illnesses. The main rule of medical treatment implemented in home care is that everyone that takes part in the medical care also carries responsibility for their own actions. This creates a seamless, safe medical treatment environment. The purpose of this thesis is to find out and illustrate the kinds of aberrations that happen in medical treatment in home care, and in what circumstances they happen in.

This thesis was made following the principles of qualitative research. The material was collected by theme interviews in six home care units of Helsinki Health Centre that belong to the northern service area. The interviewees were team leaders of home care, who deal with medical aberrations in their daily work. The interviews were recorded and transcribed. The material was analyzed using content analysis.

Based on the interviews it was discovered that aberrations in medical treatments in home care happen in different phases of treatment. The risk factors are the distribution and issuing of medication, communication, filing and guidance. The conditions that lead to aberrations are carelessness, tiredness, being in a rush and the attitudes of nurses.

The thesis pointed out that increasing the amount of registered nurses improved the quality of medical treatment. The conclusion of the thesis is that the people applying medical treatment need constant training. Issues related to both medical care and the aberrations need to be discussed about openly in the work community. This is the only way to develop safe medical treatment.

Keywords : home care, safe medical treatment, medical aberrations

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Kotihoito	7
2.1	Vanhuspalvelulaki	8
3	Turvallinen lääkehoito	8
3.1	Lääkkeenjako	10
3.2	Lääkkeen käyttökuntoon saattaminen	11
3.3	Lääkkeen antaminen	11
3.4	Tiedonvälitys, vuorovaikutus ja kirjaaminen lääkeshoidossa	12
3.5	Lääkehoidon neuvonta ja ohjeistus	12
3.6	Lääkehoidon seuranta	13
4	Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset	13
5	Tutkimusmenetelmät	14
5.1	Kohderyhmä ja aineistonkeruu	14
5.2	Aineiston analyysi	15
5.3	Tutkimuseettiset kysymykset	17
6	Tutkimuksen toteuttaminen	17
7	Tutkimustulokset	18
7.1	Lääkehoidon toteutuminen lähipalvelualueilla	18
7.2	Lääkehoidon turvallisuuden toteutuminen lähipalvelualueilla	20
8	Johtopäätökset	21
9	Pohdinta	22
	Lähteet	25
	Kuviot	27
	Liitteet	28

1 Johdanto

”Lääkevirheet eivät ole koskaan yksittäinen tapahtuma, vaan tapahtumaketju joka johtaa virheeseen” (Choo & Hutchinson, Bucknall 2010, 855). Kotihoidossa on noudatettu kotihoidon lääkehoitosuunnitelmaa jo usean vuoden ajan ja kerätty tietoa lääkepoikkeamista. Lähes päivittäin tulee ilmi uusia lääkepoikkeamia, joista suurin osa menee asiakkaalle asti. Turvallisella lääkehoidolla tarkoitetaan Sosiaali- ja terveysministeriön laatimaa valtakunnallista ohjeistusta lääkehoidon toteuttamiseen. ”Turvallinen lääkehoito” -oppaan tarkoituksena on yhtenäistää lääkehoidon toteuttamisen periaatteet, selkeyttää lääkehoidon toteuttamiseen liittyvää vastuunjakoa ja määrittää vähimmäisvaatimukset, joiden tulee toteutua kaikissa lääkehoitoa toteutettavissa yksiköissä (STM 2014).

Läákehoidon toteuttamisen pääsääntönä on, että jokainen lääkehoitoa toteuttava tai siihen osallistuva kantaa vastuun omasta toiminnastaan luoden saumattoman yhteisen turvallisen lääkehoidon kokonaisuuden. (Kotihoidon lääkehoitosuunnitelma, 2013, 1) Useissa terveydenhuollon yksiköissä on käytössä Haipro -ohjelma (Terveystenhuollon vaaratapahtumien raportointijärjestelmä), mutta kotihoidossa poikkeamailmoitukset on tehty käsin paperilla, mikäli on muistettu. Kotihoidon lähipalvelualueet ovat liittyneet Haipro -ohjelman käyttöön tammi-helmikuun vaihteessa 2014. Potilasturvallisuuden keskeisiä periaatteita on, että potilas/asiakas saa tarvitsemansa hoidon oikein toteutettuna ja josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Potilasturvallisuus kattaa hoidon turvallisuuden, lääkitysturvallisuuden, laite-turvallisuuden ja on osa hoidon laatua (THL 2014). Tässä opinnäytetyössä keskitytään lääkitysturvallisuuteen. Lääkitykseen liittyviä asioita on tutkittu jonkin verran ja aihe on erittäin ajankohtainen, uutisista saadaan toistuvasti lukea jopa kuolemaan johtaneista virheistä.

Härkänen, Turunen, Saano ja Vehviläinen-Julkunen (2011) kuvaavat raportissaan lääkityspoikkeamien tapahtuvan lääkehoidon prosessien eri vaiheissa. Antovirheitä oli 39,9 prosenttia ja kirjaamisvirheitä 25,2 prosenttia tehdyistä ilmoituksista. Analyysiin on otettu mukaan 671 lääkityspoikkeamailmoitusta. Poikkeamien syntyyn vaikutti henkilökunnan mukaan merkittävimmin tiedon-kulkuun ja kommunikaatioon, sekä työympäristöön, välineisiin ja resursseihin liittyvät tekijät. Raportointijärjestelmien käytöstä tulisi myös oppia hyödyntämään niiden antamia tuloksia, ymmärtämään ja analysoimaan niiden tuottamaa tietoa. Tärkeintä ei ole tietojen kerääminen rekisteriin, vaan virheistä oppiminen ja toiminnan kehittäminen. (Härkänen ym. 2011, 43.)

Terveystenhuolto koostuu monimutkaisista suhteista asiakkaan/potilaan ja henkilökunnan välillä. Kotihoidossa puhutaan aina asiakkaasta, kun taas muissa terveydenhuollon laitoksissa käytetään sanaa potilas. Koska opinnäytetyö tehdään kotihoitoon, jatkossa tässä opinnäytetyössä käytetään termiä asiakas.

Potilasturvallisuutta on kehitetty systemaattisesti jo 1990-luvulta lähtien, myös Suomessa on viime vuosien aikana aloitettu suunnitelmallinen turvallisen hoitokulttuurin luominen. Lääkitykseen liittyvät virheet ovat yksi merkittävimmistä yksittäisistä potilasturvallisuutta uhkaavista tekijöistä. (Linden-Lahti, Airaksinen, Pennanen & Käyhkö 2009,)

Lääkehoito on iso osa kotihoidon arkea. Kotihoidon asiakkaat ovat monisairaita ja varsin iäkkäitä eivätkä he itse kykene huolehtimaan lääkityksestään, vaan ovat täysin henkilökunnan osaamisen varassa. Jos henkilökunta ei kykene suoriutumaan työstään vaaditulla tasolla, voi asiakkaiden hyvinvointi ja jopa henki olla uhattuna. Finley (2014, 6) kirjoittaa artikkelissaan korkean riskin lääkkeistä, joiden annostelussa ja käsittelyssä vaaditaan erityistä varovaisuutta. Hän korostaa tuplatarkistuksen tärkeyttä lääkehoidon toteuttamisessa. Kotihoidossa se ei yleensä ole mahdollista vaan lääkeluvallisen hoitajan jaettua lääkkeitä saattaa seuraava asiakkaan luona kävijä olla lääkehoitoon kouluttamaton kotiavustaja. Lääkeluvottomilla on lupa antaa luvallisen hoitajan jakamat asiakaskohtaiset lääkkeet.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää lääkepoikkeamia Helsingin kaupungin kotihoidossa. Helsingin Kaupungin kotihoito on osa terveys- ja sosiaaliviraston sairaala-, kuntoutus- ja hoiva-palveluosastoa. Saadakseni tietoa, millä lääkehoidon osa-alueilla tapahtuu eniten virheitä, aion toteuttaa teemahaastattelun kuudelle eri kotihoidon ohjaajalle Pohjoisen palvelualueella. Kirjallisuus pohjaa kotihoidon omaan lääkehoidon ohjeistukseen sekä Sosiaali- ja terveysministeriön valtakunnalliseen lääkehoidon ohjeistukseen.

2 Kotihoito

lääks henkilö, joka tarvitsee apua ja tukea selviytyäkseen kotona, tarvitsee usein säännöllistä kotihoitoa. Kotihoidon strategisena tavoitteena on kohdentaa palvelut niitä tarvitseville ja määritellä palvelujen tarpeen kestoa. (STM 2013.) Kotihoidon käsitteen epämääräinen käyttö ja vakiintumattomuus saattaa johtua osittain kotihoidon historiasta. Kotihoidon kaksi perusosaa, kotisairaanhoito ja kotipalvelu ovat kehittyneet toisistaan erillään kuuluen eri hallintokuntiin, kotisairaanhoito terveystoimeen ja kotipalvelu sosiaalitoimeen. Kotihoito-käsitteen käyttö on yleistynyt niiden yhdistämisen myötä 1990-luvulta. (Polvi 2012, 3)

Helsingin kaupungin Sairaala- hoiva- ja kuntoutusosastoon kuuluvan kotihoidon perustehtävänä on järjestää omassa kodissaan asuville helsinkiläisille, pääasiassa vanhuksille, pitkäaikaissairaille sekä yli 18-vuotiaille vammaisille terveydentilan ja toimintakyvyn tukea, sairauksien hoitoa sekä järjestää palvelut niin, että kotona asuminen ja eläminen on turvallista.

(www.hel.fi)Kotihoito koostuu kotona tapahtuvasta sairaanhoidosta, ennalta ehkäisevästä terveydenhuollosta sekä kotipalvelusta. Kotihoito sisältää hoivan ja sairaanhoidon lisäksi ar-

jessa selviytymistä edistäviä lisäpalveluja, ns. kotihoidon tukipalveluja kuten turvapuhelin, ateria- ja kauppapalvelut. Kotihoidon ja tukipalvelujen saannista päättää kotihoidon ohjaaja. (Polvi 2012, 4)

Helsingin kaupungin Pohjoinen palvelualue koostuu 1.1.2014 alkaen 14 lähipalvelualueesta. Lähipalvelualueet hoitavat pohjoisen alueen asiakkaita, johon kuuluvat mm. Jakomäen, Malmin, Maunulan, Oulunkylän, Paloheinän, Pihlajamäen, Puistolan, Pukinmäen, Suutarilan ja Viikin kaupunginosat.

2.1 Vanhuspalvelulaki

Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto antoivat ensimmäisen ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen vuonna 2001. Laatusuositus uudistettiin vuonna 2013, sen tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön toimintakyvyn edistämistä sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (nk. vanhuspalvelulaki) toimeenpanoa. Laatusuosituksen tulee myös ottaa huomioon meneillään olevat muutokset ja uusimmat tutkimustiedot. (STM 2013.)

Laatusuositus korostaa mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista ja monipuolisia tarpeeseen perustuvia palveluja. Palvelujen tulee olla oikea- aikaisia ja lähellä asiakasta, palvelurakenteen on oltava tarkoituksenmukaista. Myös henkilöstön määrää, osaamista sekä johtamista on määritelty suosituksessa. (STM 2013.)

Suomalaisen yhteiskunnan ikääntymisessä on kyse koko väestörakenteen muutoksesta, ei pelkästään iäkkäiden määrän kasvusta. Väestön ikääntymisen taustalla vaikuttavat suurten ikäluokkien eläköityminen sekä syntyvyyden ja kuolevuuden aleneminen. Ennusteiden mukaan iäkkäiden määrä erityisesti vanhimmissa ikäluokissa kasvaa voimakkaimmin, samalla vähenee lasten ja työikäisen väestön määrä. (STM 2013.)

3 Turvallinen lääkehoito

Lääkkeet ovat tehokkaita, elimistöön biokemiallisesti vaikuttavia aineita, niiden avulla muutetaan elimistön omia biokemiallisia toimintoja. Tämä muutos saa usein aikaan myönteisen vaikutuksen, joka johtaa oireiden lieventymiseen tai paranemiseen. Useimmilla lääkkeillä on myös haitallisia sivuvaikutuksia, lääkehoidon eettisiin kysymyksiin kuuluukin niiden vertaaminen keskenään. Vahvojen haittavaikutusten ja heikon hoitavan vaikutuksen omaavien lääkkeiden käytölle on oltava vahvat perusteet. Lääkkeet ovat tarkoitettu hyödyttämään ja helpottamaan elämää, ei haittaamaan sitä. (Kivelä 2004, 113.)

Osaavan henkilöstön riittävä määrä on välttämätön edellytys turvallisen ja laadukkaan palvelun takaamiseksi iäkkäille henkilöille. Tutkimukset ovat osoittaneet, että henkilöstön määrän ohella erityisesti osaaminen, osaamisen oikea kohdentaminen ja osaava lähijohtaminen ovat yhteydessä hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen. Ne varmistavat iäkkäille asiakkaille palvelutarpeen mukaisen hoidon ja lisäävät asiakas-/potilasturvallisuutta. Työvoiman lisätarve kohdistuu lähes täysin iäkkäiden kotihoidossa, asumispalveluissa ja laitoshoidossa toimivien lähihoitajien ja vastaavien ammattiryhmään. (STM 2013.)

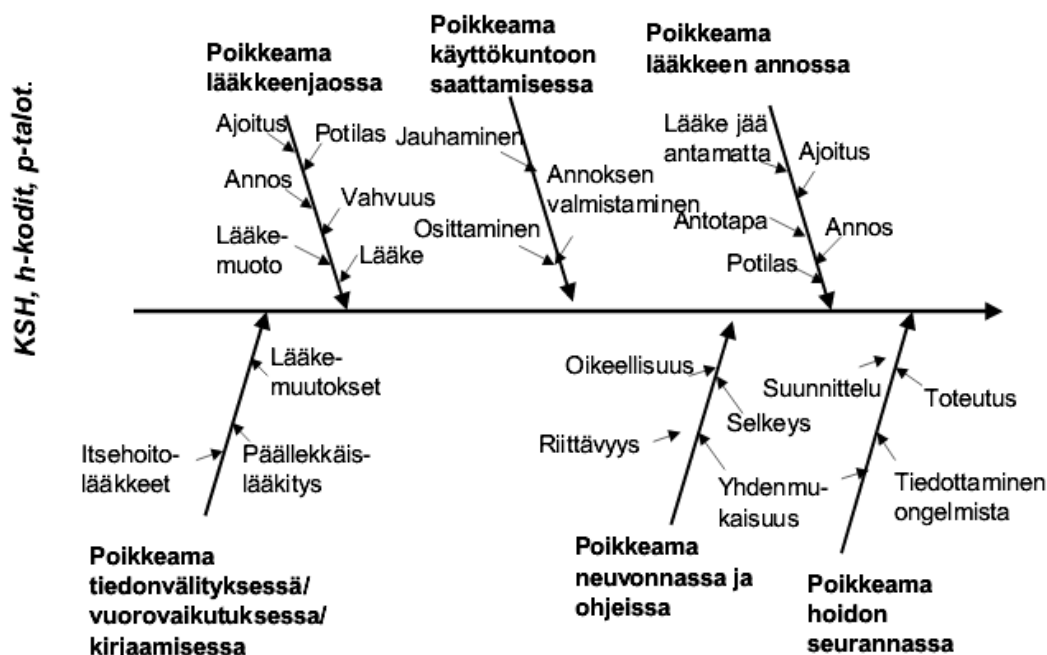
Ihmisen ikääntyessä myös kroonisten sairauksien määrä kasvaa, samalla toimintakyky heikkenee ja usein myös lääkkeiden käyttö lisääntyy. 75 vuotta täyttäneistä, lähes joka kolmannella on käytössään yli kymmenen lääkettä. Jos terveydenhuollon toimijoilla ei ole tietoa kaikista potilaan käyttämistä lääkkeistä, voi syntyä ongelmia. Vaaratilanteita voi syntyä huonosta kommunikaatiosta, tiedonkulun puutteet aiheuttaa sekä terveysriskin että ylimääräisiä kustannuksia. (Koskinen, Puirava A, Salimäki, Puirava P. & Ojala 2012, 14-15.)

Hyvän lääkehoidon toteuttaminen on yhteistyötä moniammatillisen tiimin kesken, myös potilas ja hänen omaiset ovat tärkeitä yhteistyökumppaneita. Lääkäri määrää lääkkeet, mutta hoitohenkilökunta seuraa vointia ja oireita lääkehoidon alkaessa ja jatkuessa. (Kivelä 2004, 94-95.)

Potilaan asemaa ja oikeutta koskeva laki (785/1992) ja laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), määrittävät asiakkaan tai potilaan oikeudet hyvään hoitoon ja kohteluun. Laissa määritellään terveyden- ja sairaanhoidon tarkoittavan toimenpiteitä, joilla pyritään määrittämään, palauttamaan tai ylläpitämään potilaan terveydentilaa. Näitä toimenpiteitä suorittavat terveydenhuollon ammattilaiset. Lääkehoito on terveyden- ja sairaanhoidon toimintaa riippumatta siitä, kuka lääkehoitoa toteuttaa. (STM 2006.)

Helsingin kaupungin kotihoidon henkilökunnasta n. 17 % on laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä, mutta heitä ei ole kaikissa työvuoroissa. Vastuu asiakkaan lääketieteellisestä tutkimuksesta ja hoidosta on lääkärillä, joka arvioi lääkkeen tarpeen ja käyttöaiheen, annostuksen ja antotavan sekä vastaa lääkehoidon turvallisesta kokonaisuudesta. Hoitaja toteuttaa lääkehoidon lääkärin ohjeiden mukaan. Kotihoidossa hoitajien lähiesimiehenä toimii kotihoidon ohjaaja, jolla on koulutustaustasta riippumatta kokonaisvastuu työyksikön toteuttamasta lääkehoidosta. (Helsingin Kaupungin lääkehoitosuunnitelma, 2013, 1.)

Läkehoidon riskikohtia voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta, niin lääkärin, potilaan kuin hoitajan näkökulmaan. Tässä työssä keskityn STM:n näkemykseen kotihoidon lääkehoidon riskikohtiin. Kuviossa 1 on esitettyä lääkehoidon riskikohdat.



Kuvio 1 Lääkehoidon riskikohdat kotisairaanhoidon, hoitokotien ja palvelutalojen näkökulmasta (STM 2005, 39)

3.1 Lääkkeenjako

Lääkkeiden jakaminen ja lääkkeiden annostelu potilaskohtaisiin annoksiin tarkoittaa samaa asiaa. Lääkelistaa käytetään helpottamaan jakoa silloin, kun käytössä on useita eri lääkkeitä. Hyvä lääkkeenjako pitää sisällään tiedon lääkkeen käyttötarkoituksesta, lääkkeenkaupanimesta, lääkemuodosta, lääkkeen vahvuudesta ja annostuksesta sekä antotavasta, lääkeytyksen kestosta. (Tokola 2010, 54-56.)

Turvallinen lääkkeiden jako edellyttää, että jakaja osaa lukea oikein sekä lääkelistan että pakkauksen merkinnät, osaa oikeaoppisen lääkkeiden käsittelytekniikan mukaan lukien aseptiikan, tietää miten lääke annetaan ja mihin sairauteen annettu lääke vaikuttaa. (Tokola 2010, 62.) Poikkeama lääkejaossa voi esiintyä missä kohtaa prosessia tahansa, esimerkiksi lääkeohje voi olla virheellinen tai epäselvä, lääkettä on jaettu virheellinen määrä tai on jaettu väärää lääkettä, esimerkiksi jos lääke on jo lopetettu ja sen antoa jatketaan. (Nurminen 2011, 116-117.)

3.2 Lääkkeen käyttökuntoon saattaminen

Lääkkeen valmistaminen käyttökuntoon tulee tapahtua siihen sopivassa tilassa noudattaen lääkekeskuksen ja toimintayksikön laatimia toimintaohjeita. Käytettävien tilojen tulisi olla tähän tarkoitukseen suunniteltuja. (Fimea, 2012.) Kotihoidossa lääkkeitä käsitellään lähinnä asiakkaan kotona ja on jokaisen hoitajan vastuulla, että pyrkii noudattamaan annettuja ohjeita ja suosituksia.

Lääkkeiden oikeaoppinen käsittely edellyttää asianmukaisen aseptiikan ja työturvallisen käsittelytekniikan hallintaa. Oikeaoppisella käsittelyllä on kaksi tarkoitusta; pitää lääke steriiliä/puhtaana sekä estää hoitajaa altistumaan lääkkeelle. Lämpötila, ilman happi ja kosteus sekä valo voivat muuttaa lääkeaineen kemiallista koostumusta. Noudattamalla valmistajan ohjeita varmistetaan lääkkeiden turvallinen käyttö. Aseptinen toiminta on edellytys kaikissa lääkehoidon prosessiin kuuluvissa vaiheissa, aina kuljetuksesta lääketehtaalta asiakkaan kotona tapahtuvaan lääkkeen ottoon asti. (Tokola 2010, 33-35.)

3.3 Lääkkeen antaminen

Hoitotyön käytännössä käytetään usein käsitteitä antotapa, antotie ja antoreitti tarkoittamaan samaa asiaa, eli reittiä, mitä kautta lääkeaine pääsee elimistöön imeytymään ja vaikuttamaan. Lääkkeitä voidaan antaa kahta reittiä; ruuansulatuskanavaan ja sen ulkopuolelle. (Tokola 2010, 51-54.) Yleisin lääkkeen antotapa on suun kautta annosteltava, eli peroraalisesti. Se on yksinkertainen ja usein edullisin tapa toteuttaa lääkehoitoa, myös haittavaikutukset ovat vähäisempiä. Nielty lääkeaine imeytyy ruuansulatuskanavasta verenkiertoon ja kulkeutuu vaikutuspaikalleen. Yleisperiaate on, että eri lääkemuodot nautitaan kokonaisina pystyasennossa, vesilasillisen kera. Jos lääkevalmiste rikotaan vastoin valmistajan lupaa, voi lääke jäädä tehottomaksi tai se voi muodostaa haitallisia kemiallisia yhdisteitä hajotessaan happamassa mahanesteessä. (Tokola 2010, 73-76.)

Suun kautta otettavat nestemäiset lääkkeet imeytyvät ja vaikuttavat nopeammin kuin kiinteät lääkemuodot, niiden annosteluun käytetään mittaa tai annosruiskua. Oraalinenesteet sekoitetaan ennen käyttöä huolellisesti, sillä vaarana on lääkeaineen epätasainen jakautuminen nesteessä ja lääkkeen teho saattaa jäädä saavuttamatta. Peräsuoleen annosteltavia lääkkeitä käytetään silloin, kun peroraalinen lääkitys ei onnistu. Lääkeaineen imeytyminen on yleensä hitaampaa ja epätäydellisempää kuin suun kautta otettuna, johtuen lääkeaineen sekoittumisesta ulosteeseen. (Tokola 2010, 76-82.)

Lääkettä voidaan antaa myös lääkeruiskeena eli injektiona. Yleisin injektiona annettava lääkemuo- to on injektioneste, jotka ovat steriilejä liuoksia, lietteitä tai emulsioita. Perinteinen

tapa antaa injektio on pistää se lihakseen tai ihon alle. Injektiolääkkeen käyttökelpoisuus pitää tarkistaa ennen injektion antoa, tärkeintä on kuitenkin pistää lääke juuri oikeaan kudokseen. (Tokola 2010, 82-86.)

Lääkettä voidaan antaa myös hengitysteihin kaasuna, nesteenä tai jauheena, silloin annosteluun tarvitaan erityisiä annostelulaitteita. Kun lääkeaine annetaan inhalaationa eli sisäänhengityksessä, kulkeutuu se keuhkorakkuloihin eli alveoleihin, joiden seinämien läpi lääke imeytyy verenkiertoon. Oikea tekniikka on edellytyksenä lääkkeen pääsyle elimistöön, väärin tehtynä jää suurin osa lääkkeestä suuhun ja toivottu vaikutus saavuttamatta. Lisäksi seurauksena voi olla suutulehdus. (Tokola 2010, 92-100.)

3.4 Tiedonvälitys, vuorovaikutus ja kirjaaminen lääkehoidossa

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksessa sanotaan, että lääkehoitoa koskeva kirjallinen määräys tulee olla kirjattuna selkeästi ja tavalla, joka ei voi aiheuttaa vääriä tulkintoja. Potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät lääkehoidon tarpeesta ja lääketieteellisistä perusteista, lääkemääräyksestä ja annetusta lääkehoidosta (STM 2005).

Yleisimpiä lääkityspoikkeamia ovat juuri poikkeamat kirjaamisessa, taustalla on usein tiedonkulkuun liittyvä ongelma tai inhimillinen erehdys. Puutteelliset taidot- ja tiedot lääkehoidon toteuttamiseen tai riittämätön perehdytys voivat myös olla syynä poikkeaman syntyyn. (Nurminen 2011, 116-117.) Asianmukaisilla merkinnöillä potilaskertomukseen voidaan turvata tiedon kulku vuoron tai hoitoyksikön vaihtuessa, systemaattinen suullinen raportointi riippuu paljon myös hoitajan ammattitaidosta. Jokainen hoitaja vastaa itse merkintöjen virheettömyydestä ja oikeellisuudesta. Kirjaaminen on taito jonka oppii vain tekemällä ja harjoittelemalla. (Tokola 2010, 134-135.)

3.5 Lääkehoidon neuvonta ja ohjeistus

Ohjaus on osa asiakkaan tai potilaan hyvää ja asianmukaista hoitoa. Ohjauksen ja neuvonnan tarkoituksena on tukea potilaan omia voimavaroja, jotta hän selviytyy mahdollisimman hyvin hoitoonsa liittyvistä tilanteista ja ottamaan vastuuta toipumisestaan. Potilasohjaus on keskeinen hoitotyön auttamiskeino, potilaat ovat tietoisia oikeuksistaan ja sairauksistaan enemmän kuin ennen. Ohjauksen tarve lisääntyy koska hoitoajat ovat lyhentyneet, väestö vanhenee ja kansansairaudet lisääntyy. (Lipponen, 2014, 14-17.).

Pro-gradu tutkimuksessaan Pietikäinen (2004) kuvaa tutkittavien antaneen lääkehoidon ohjausta vain harvoin päivittäin ja suurin osa ohjeistuksesta oli koskenut lähinnä itsehoitolääkkeiden käyttöä. Lääkehoitoa toteuttava henkilökunta on velvollinen antamaan potilaalle tietoa

sekä ohjaamaan ja neuvomaan potilasta lääkehoitoon liittyvissä kysymyksissä. Näin voidaan varmistaa potilaan osallistuminen lääkehoitonsa suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Erityisen tärkeää on varmistua siitä, että potilas ymmärtää annetun ohjauksen. Poikkeama ohjauksessa ja neuvonnassa tarkoittaa niiden riittämättömyyttä ja ristiriitaisuutta (STM 2005, 59.) . Kaunonen, Oja, Pitkänen, Ränkimies, Teuvo, & Uusitalo, 2014 kirjoittavat vaaratapahtumien johtuvan puutteellisesta tiedonkulusta, virheellisistä tiedoista ja epäselvästä ohjauksesta. Myös työntekijän huono kielitaito on vaikuttava tekijä lääkehoidon vaaratapahtumien taustalla. (Kaunonen ym.2014, 183).

3.6 Lääkehoidon seuranta

Lääkehoidon seurannan tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon tavoitteiden mukainen toteutuminen tehokkaasti ja turvallisesti. Seuranta voi olla erilaisia mittauksia tai laboratoriokokeita, ne antavat palautetta esimerkiksi lääkannoksen riittävydestä. Helppoista ja kehittyneistä seurantamenetelmistä huolimatta lääkehoito harvoin onnistuu toivotulla tavalla kokonaisuudessaan. (Koskinen ym. 2012, 171-172.) Lääkehoidon onnistuminen edellyttää, että asiakkaalle tai hänen edustajalleen annetaan lääkehoidon toteuttamiseen tarvittavaa ohjausta ja neuvontaa. Terveystieteiden henkilökunnan, apteekin ja asiakkaan yhteistyö korostuu kotihoidossa. Lääkehoidon vaikutusten seuranta ja arviointi on yksi tärkeimmistä asioista lääkehoidon onnistumisessa. Hoitoon osallistuvien tulee osata seurata potilaan oireita ja lääkehoidon vaikuttavuutta hoidon toteuttamisen aikana ja sen jälkeen. (STM 2005).

Huotarinen ja Inkilä (2011) ovat opinnäytetyössään todenneet, että lääkehoidon yhtenäisille käytänteille on tarvetta. Tuloksista on selvinnyt, että lääkehoidon palautteenanto ja sen hyödyntäminen lääkehoidossa oli usein puutteellista. Lääkehoidon poikkeamia on hyödynnetty tutkimukseen liittyneessä yksikössä suhteellisen vähän, jolloin niiden ilmoittaminen menetti merkitystään. Tuloksissa havaittiin myös henkilökunnan vaihtuvuuden aiheuttavan sen, että käytössä olevat käytänteet saattoivat muuttua ja vaihdella. (Huotarinen & Inkilä, 2011.)

4 Opinnäytetyön tavoite ja tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on selvittää ja kuvata, minkälaisia poikkeamia tapahtuu kotihoidossa toteutettavassa lääkehoidossa ja minkälaisissa olosuhteissa virheitä tapahtuu. Tavoitteena on löytää vastaus siihen, mitkä tapahtumat johtavat lääkepoikkeamiin ja minkälaisia tekijöitä on lääkehoidon vaaratapahtumien taustalla.

Tässä opinnäytetyössä etsin vastausta seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten lääkehoito toteutuu lähipalvelualueilla ohjaajien näkökulmasta?

- a. Yhteenvedoissa nousee esille virheet lääkejaossa, lääkkeenantamisessa ja raportoinnissa sekä kirjaamisessa. Mitkä ovat alueiden yleisimmät ilmoitettut poikkeamat lääkehoidossa?
 - b. Mitä taustatekijöitä on tapahtumien taustalla? Miten tehdyissä HaiPro ilmoituksissa on kuvattu tapahtumia, jotka ovat johtaneet ilmoituksen tekoon?
2. Miten lääkehoidon turvallisuus toteutuu lähipalvelualueilla?
- a. Miten asiaa on käsitelty lähipalvelualueilla?

5 Tutkimusmenetelmät

Kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on pyrkiä paljastamaan tosiasioita, ei niinkään todentaa olemassa olevia väittämiä (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 2012,161). Tutkimusaineisto kerätään luonnollisessa, todellisessa tilanteessa ja tutkimuksen tarkoituksena on saatujen tietojen monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Hirsjärvi ym. (2012) mukaan juuri nämä ovat kvalitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä piirteitä. Haastattelun kohteena ovat kotihoidon ohjaajat, eivät lääkehoitoa toteuttava henkilökunta. Ohjaajat kuitenkin käsittelevät kaikki omat lähipalvelualueensa HaiPro- ilmoitukset ja näin ollen voivat antaa uuden näkökulman lääkehoidon toteuttamiseen liittyviin ongelmiin.

Kvalitatiivisen tutkimuksen toteuttamisessa haastattelu on usein päämenetelmä, sen etuna on mahdollisuus säädellä aineiston keruuta ja tulkita vastauksia laajemmin kuin esimerkiksi postikyselyssä. Haastattelun luotettavuutta saattaa heikentää vastaajan halu antaa sosiaalisesti hyväksyttäviä vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2012, 204-208.)

Ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruun muoto, koska samalla saadaan tietoja usealta henkilöltä yhtä aikaa. Erityisen käyttökelpoinen ryhmähaastattelu on silloin, kun ennakoidaan haastateltavien arastelevan haastattelua. Ryhmähaastattelussa on otettava myös huomioon ryhmädynamiikka, joukossa saattaa olla dominoivia henkilöitä, jotka yrittävät ohjata keskustelun suunnan. (Hirsjärvi ym. 2012, 209-211.) Jokaisella lähipalvelualueella tapahtuu useita lääkitykseen liittyviä asioita joka päivä, on eri asia tehdäkö niistä kuitenkaan HaiPro-ilmoitusta. Oletan, että tehdyt ilmoitukset ovat vain jäävuoren huippu todellisesta tilanteesta. Uskon ohjaajien antavan toisilleen vastausaikaa ja vastausrauhaa haastattelutilanteessa, on myös haastattelijasta kiinni, miten hyvin pystyy pitämään tilanteen hallussa. Alustava haastattelurunko liitteenä 3.

5.1 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Tässä opinnäytetyössä toteutetaan teemahaastattelu kuudelle kotihoidon ohjaajalle Pohjoisella palvelualueella. Osalla ohjaajista on terveydenhuollon koulutus ja osalla sosiaalialan kou-

lutus, kotihoidon ohjaajina he ovat toimineet useamman vuoden ajan. Koska toteuttamisaikataulu on tiukka ja myös haasteltavilla on kiireiset aikataulut, toteutetaan haastattelut ryhmänä. Haastattelujen toteutuksessa on varauduttava erilaisiin ihmistyyppeihin, toiset ovat nuikkasanaempia ja toiset puheliaita. Käytännön toteutuksessa on huomioitava myös haastattelujen ajankohdista sopiminen, dialogin ohjailu ja käytettävissä oleva aika. (Hirsjärvi ym. 2012, 210-211.). Nauhoittaminen mahdollistaa tarkemman raportoinnin ja pystyn tarkemmin arvioimaan, missä määrin esiin nostetut havainnot ovat haastateltavien omia jäsennyksiä tutkimuskohteesta ja missä määrin käyttämistäni teemoista. (Ruusuvuori & Tiittula, 2005, 14). Haastattelutilanteet nauhoitetaan, siten asioihin pystytään palaamaan uudestaan niitä kirjoitettaessa puhtaaksi, eli tekstiä litteroidessa.

Haastattelu ja keskustelu eroavat olennaisesti siten että haastattelu tähtää tiedon keräämiseen ja on ennalta suunniteltua päämäärähakuista toimintaa. Molempiin liittyy kielellinen ja ei-kielellinen kommunikaatio, jonka kautta välittyy asenteet ja tunteet, tiedot ja mielipiteet. (Hirsjärvi, Hurme 1991, 25.) Kysymysten tulee muodostaa mielekäs kokonaisuus, jonka haastateltava kykenee hahmottamaan. Optimaalinen kysymys sisältää vain yhden asian ja siinä ei ole liikaa vaikeita sanoja tai liian monta asiaa samassa kysymyksessä. (Tilastokeskus, 2015.) Omasta työkokemuksestani tiedän, että kiireessä tapahtuu virheitä ja sen aiheuttaa usein resurssipula. On mielenkiintoista saada asiasta ohjaajien näkemys ja samalla oppia uutta lääkeshoidon toteuttamiseen liittyvistä asioista.

Haastattelua suunnitellessa tulee ottaa huomioon seuraavat asiat, mukaillen Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen (2009) haastattelun kymmenen sääntöä. Aikaa tulee käyttää riittävästi tutustumiseen, jotta saa luotua helpon ja lämpimän ilmapiirin haastattelulle. Sekä haastattelutavat että haastattelija tulee pitää asiassa ja haastattelukysymykset on hyvä olla saatavilla, vaikka haastattelija muistaisikin kysymykset. Vastauksissa ei saa tyytyä muutaman sanan vastauksiin, vaan kysymyksiä on muotoiltava uudelleen tarpeen mukaan. Haastattelu testataan oman alueen kotihoidon ohjaajalla, myös hänen vastaukset otetaan huomioon aineistossa. Haastattelua tehtäessä on osoitettava läsnä olevaa kuuntelua ja pyrittävä käyttämään hyväksi myös sanatonta viestintää. Haastattelu toteutetaan työpaikan neuvotteluhuoneessa, missä kaikki haastateltavat ovat saman pöydän äärellä ja näin ollen kaikki pystyvät näkemään myös toistensa eleet ja ilmeet. Haastattelijan tulee olla kohtelias ja kertoa riittävästi haastattelusta ja tutkimuksesta, mikäli haastateltavat haluavat lisää tietoa opinnäytetyöstä.

5.2 Aineiston analyysi

Teemahaastattelun aineistoa voidaan muuttaa tilastollisen analyysin vaatimaan muotoon ja aineistoa voidaan tulkita eri tavoin (Hirsjärvi ym, 2012, 210). Sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston tiivistämistä sellaiseen muotoon, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvailla yleistä-

västi ja lyhyesti. Sisällönanalyysissä on olennaista, että aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Tekstin sanat tai muut yksiköt luokitellaan samaan luokkaan merkityksen perusteella, eli ne merkitsevät samaa asiaa. Sisällönanalyysissä on kyse aineistossa ilmenevästä merkityksestä (meanings), tarkoituksesta (intentions), seurauksesta (consequences) ja yhteydestä (context). (Janhonen, Nikkanen 2001, 23.)

Sisällönanalyysi- prosessi voidaan karkeasti jaotella seuraaviin vaiheisiin: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Prosessin eri vaiheet voivat esiintyä myös samanaikaisesti. (Janhonen, Nikkanen 2001, 24.) Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön esittäminen käsiteluokituksina, -malleina tai käsitekarttoina. (Kankkunen, Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.)

Teoria lähtöisessä sisällön analyysissä aineiston luokittelu perustuu teoreettiseen viitekehykseen, jolloin analyysiä ohjaa teemat, joita opinnäytetyössä on käytetty. Tässä opinnäytetyössä käytetään mallina Janhosen ja Nikkosen (2001, 24-35) määrittelemää teoria lähtöistä sisällönanalyysi-prosessin mallia.

Analyysiyksikkö voidaan määritellä eritavoin, tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on aineiston analyysiyksikkö kuten sana, lause, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. Analyysirungossa ilmenee asiat, mitkä ovat teorian pohjalta nousseet esiin turvallisen lääkehoidon riskikohdiksi. Tämän opinnäytetyön analyysiyksikkö on ajatuskokonaisuus. Aineisto saadaan haastatteleamalla kotihoidon ohjaajia ja purkamalla nauhoitetut haastattelut tekstiksi. Teorialähtöinen sisällönanalyysi aloitetaan tekemällä analyysirunko, joka voi olla hyvin tarkasti analyysiä ohjaava(strukturoitu) tai väljä. Alustava analyysirunko (liite 4) opinnäytetyössä on varsin tarkka vielä ennen haastattelua.

Oletan esiin nousevan mitä ilmaisuja näistä käytetään, kuinka usein mikäkin mainitaan vai nousevatko laisinkaan esiin haastattelussa. Käytettyjen ilmaisujen mukaan jaotellaan analyysiyksiköt pääluokkiin ja alaluokkiin. Jatkamalla analyysiä pystytään laskemaan, kuinka monta kertaa kategorian sisältämä ilmaisu esiintyy ja sitä kautta voidaan saada lisänäkökulmaa opinnäytetyöhön. Aineiston pelkistäminen ja luokittelu toteutetaan etsimällä aineistosta systemaattisesti analyysirungon mukaisia ilmauksia. Tämä tapahtuu kun aineisto on kirjoitettu puhtaaksi.

Aineiston tulkinta ja sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi: laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät tutkijaan, aineiston laatuun, analyysiin ja tulosten esittämiseen. Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan työn totuusarvoa, sovellettavuutta, pysyvyyttä ja neutraaliutta. Tuloksia tulkitessa tulee kuvata mahdollisimman luotet-

tavasti yhteys oman aineiston ja tulosten välillä. Luotettavuuden lisäämiseksi suositellaan, että tulokset esitetään henkilöille, jotka ovat tuttuja tutkittavan ilmiön kanssa.

5.3 Tutkimuseettiset kysymykset

Hyviin tieteellisiin käytäntöihin kuuluu, että tutkimuksen teossa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimus suunnitellaan ja toteutetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimuksen tuloksia julkaistaessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.) Osallistumisen vapaaehtoisuus on ollut lähtökohana tätä opinnäytetyötä suunniteltaessa, aihe tuskin tulee aiheuttamaan negatiivisia seuraamuksia työyhteisölle vaan päinvastoin tästä voi olla hyötyä lääkeshoidon kehittämislle kotihoidossa. Koska kaikki haastateltavat ovat samanlaisessa asemassa työyhteisössä, on samanarvoisuus varmistettu suhteessa tutkimuksen hyötyihin ja haittoihin. Opinnäytetyöhön haastateltujen yksityisyyttä pyritään varmistamaan mahdollisimman hyvin, kaikki työhön liittyvä materiaali säilytetään huolellisesti ja raporttia kirjoitettaessa otetaan huomioon, ettei tietojen antajaa voi tunnistaa.

Tutkimuseetiikan lähtökohtana on tämän opinnäytetyön hyödyllisyys. Tutkimustuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä kotihoidossa. Jatkokehittämiseksi olen miettinyt turvalliseen lääkehoitoon suunniteltua tarkistuslistaa. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa on viime aikoina hyödynnetty asiakirjoja ja rekistereitä tutkimusaineistona, etenkin sähköinen kirjaaminen ja tilastointi edesauttaa rekisterien käyttöä tutkimusmateriaalina. On erittäin tärkeää, että henkilöiden identifiointitiedot poistetaan ennen aineiston luovuttamista tutkijoille. (Kankkunen ym. 2009, 176-178). Tässä opinnäytetyössä tutkittavaksi joukoksi ovat valikoituneet eri lähipalvelualueiden kotihoidon ohjaajat. Oikeudenmukaisuuden periaate tutkimustyössä siis toteutuu, kun tutkittavat ovat tasa-arvoisia keskenään. Anonymiteetti säilyy, kun aineistoa ei luovuteta kenellekään prosessin ulkopuoliselle ja materiaali säilytetään huolellisesti. Tutkimuslupaa hakiessa selviää, saako organisaation tai siihen osallistuvien alueiden nimet mainita tutkimusraportissa. Tutkimuslupa liitteenä 1.

6 Tutkimuksen toteuttaminen

Tutkimuslupan tultua jokaisen ohjaajan kanssa sovittiin erikseen ajankohta, milloin haastattelu tehdään. Haastattelut saatiin sovittua ripeällä aikataululla pidettäväksi, haastattelut on toteutettu ohjaajien työpaikalla 27.4.2015 - 6.5.2015 välisenä aikana. Ennen haastattelujen aloittamista on osallistujille annettu luettavaksi ja allekirjoitettavaksi ”tiedote tutkittaville ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta” (liite 2). Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluna suunnitelmasta poiketen, koska yhteisen ajan järjestäminen oli haasteellista.

Ohjaajille oli annettu etukäteen luettavaksi opinnäytetyön raakaversio, jotta he pystyisivät tutustumaan aiheeseen tarkemmin. Olin tutustunut aiemmin Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2009) ohjeistukseen, mitä haastattelussa tulee ottaa huomioon, oli kuitenkin mahdollista etukäteen varautua keskeytyksiin ja haastateltavien erilaiseen perehtyneisyyteen asiasta. Haastateltavien työkokemus vaihteli kahdeksasta vuodesta aina kolmeenkymmeneen vuoteen asti, kolmella ohjaajalla oli sosiaalialan koulutus ja kolmella terveydenhuoltoalan koulutus.

Tutkimusaineisto on tallennettu nauhurilla, nauhat on litteroitu heti samana päivänä kun haastattelu oli tehty. Käytetty laite oli vanhanaikainen kasettisanelin, nauhan laatu vaikeutti litterointia samoin kuin laitteen väärä sijainti haastattelua tehdessä, mikä paljastui vasta nauhaa kuunnellessa. Haastattelutilanteet olivat erilaisia, osa ohjaajista pisti puhelimen äänettömälle, kun taas osa vastasi puheluihin kesken haastattelun. Haastattelut tehtiin ohjaajien omissa työhuoneissa. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 18 sivua.

7 Tutkimustulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää ja kuvata, minkälaisia poikkeamia tapahtuu kotihoidossa toteutettavassa lääkehoidossa ja minkälaisissa olosuhteissa virheitä tapahtuu. Tarkoituksena oli löytää vastaus siihen, mitkä tapahtumat johtavat lääkepoikkeamiin ja minkälaisia tekijöitä on lääkehoidon vaaratapahtumien taustalla.

” Taustalla on väsymystä. Kun hoitaja on väsynyt.”

”Lääkevirheitä tapahtuu niiden hoitajien toimesta, joilla on työkokemusta vähän.”

7.1 Lääkehoidon toteutuminen lähipalvelualueilla

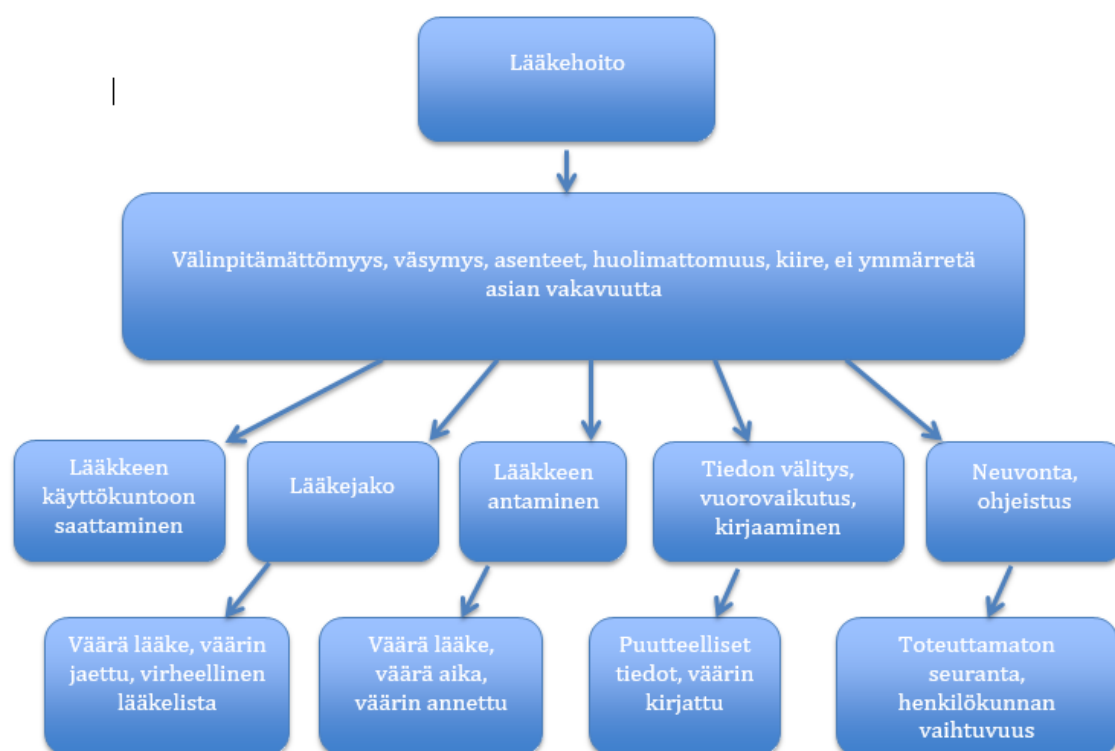
Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli, miten lääkehoito toteutuu lähipalvelualueilla ohjaajien näkökulmasta ja mitkä ovat yleisimmät ilmoitetut poikkeamat lääkehoidossa? Aineisto analysointiin alustavan analyysirungon avulla, pääluokaksi oli valikoitu sana lääkehoito; mitkä tapahtumat johtavat lääkepoikkeamiin?

Lääkejakoon liittyviä poikkeamia mainittiin viidessä eri haastattelussa, lääkkeitä oli joko jaettu väärin, jaettu väärää lääkettä tai lääkelista oli virheellinen. Lääkkeenkäyttökuntoon saattamista, aseptista käsittelyä ei maininnut kukaan, vaikka aseptinen toiminta on koko lääkehoitoprosessin edellytys. Hoitotyön käytännössä lääkkeitä voidaan antaa kahta reittiä, ruuan-sulatuskanavaan ja sen ulkopuolelle. Haastatteluista viidessä on mainittu poikkeamien tapah-

tuvan juuri tässä kohtaa lääkehoidon prosessia, on annettu väärää lääkettä, vääränä aikana tai lääke on väärin annettu. Kolme kertaa mainittiin poikkeamien syntyvän, kun tiedonvälitys, vuorovaikutus ja kirjaaminen eivät toimi niin kuin pitäisivät.

Yhdessäkään haastattelussa ei mainittu ohjausta asiakkaan näkökulmasta, mutta hoitohenkilökunnan ohjauksen ja lisäkoulutuksen tarve mainittiin kehittämiseksi, joka toisessa haastattelussa. Henkilökunnan vaihtuvuus ja toteuttamatta jätetyt terveydentilan seurannat mainittiin kahdesti, vaikka juuri seurannan tarkoituksena on varmistaa lääkehoidon tavoitteiden mukainen toteutuminen tehokkaasti ja turvallisesti. (Koskinen ym.2014, 183).

Vastauksista kumpuaa selkeästi samankaltainen ajatuskokonaisuus kaikissa haastatteluissa, eli kiire, huolimattomuus, väsymys, asenteet, ei ymmärretä asian vakavuutta, välinpitämättömyys ja kokemattomuus johtavat lääkepoikkeamiin. Virheet tapahtuvat yleisimmin juuri lääkehoidon toteuttamisen riskikohdissa ja ne johtavat väärin jaettuihin tai annettuihin lääkkeisiin, sekä altistavat puutteelliselle lääkehoidon seurannalle. Seuraavassa kuviossa on esitelty tapahtumaketju vastauksien pohjalta.



Kuvio 2 Tapahtumat lääkepoikkeamien taustalla

7.2 Lääkehoidon turvallisuuden toteutuminen lähipalvelualueilla

Toisena tutkimuskysymyksenä oli, miten lääkehoidon turvallisuus toteutuu lähipalvelualueilla ja miten sitä on käsitelty? Vuonna 2014 näillä kuudella lähipalvelualueilla tehtiin Haipro-ilmoituksia alimmillaan 49 kappaletta ja ylimmillään 301 kappaletta. Kaikilla kuudella lähipalvelualueilla ilmoituksia käsiteltiin aluekokouksissa, muutamalla alueella tiimien sairaanhoitajat/terveydenhoitajat käyivät asiat läpi myös tiimikokouksissa. Yhdellä alueella on toivottu myös suoraa palautetta ja sillä alueella asia käydään heti läpi poikkeaman huomanneen ja sen tehneen työntekijän välillä.

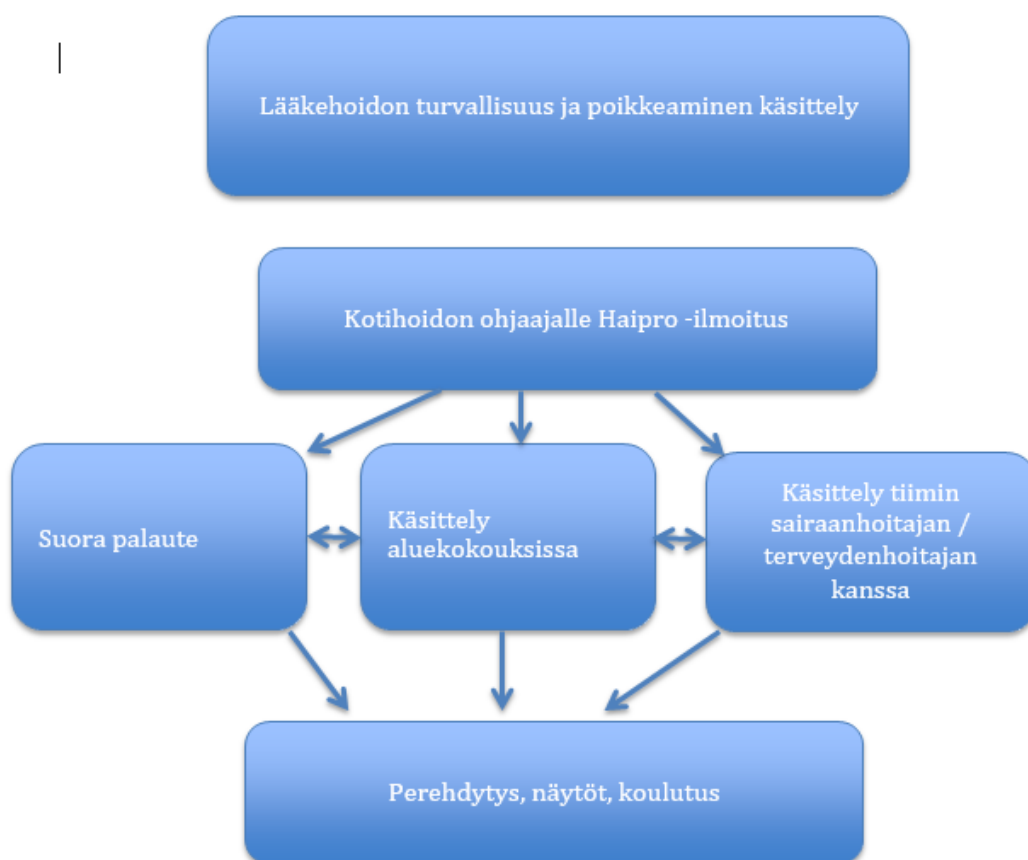
Osa lääkehoidon turvallisuutta on tiedon ja taidon jakaminen, uuden työntekijän perehdyttäminen on osa kotihoidon arkea. Kaikilla lähipalvelualueilla uudet työntekijät kulkevat kolmesta viiteen päivään perehdyttäjän mukana. Lääkelaskut hoidetaan jokaisella alueella ohjaajan valvomana, kahdessa haastattelussa mainittiin uusi love-koulutus, johon ollaan siirtymässä sitä mukaan kun uusia työntekijöitä tulee, tai vanhojen työntekijöiden lääkeluvat vanhenevat. Lähes kaikilla lähipalvelualueilla oli lääkeluvattomia työntekijöitä, mutta heidät koettiin erittäin varovaisiksi ja tarkoiksi työskennellessään lääkkeiden kanssa. Vain yhdellä alueella kaikki työntekijät olivat lääkeluvallisia.

Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien lukumäärä alueilla vaihteli haastattelu hetkellä kolmesta viiteen, suurimmalla osalla oli käytössä neljä. Yksi vastaajista ei osannut sanoa onko sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien määrällä merkitystä, yhden mielestä määrällä ei ole merkitystä, vaan jokaisen tulisi osaltaan huolehtia hyvästä lääkehoidon toteutuksesta tittelistä huolimatta. Neljän mielestä lääkehoidon toimivuudelle oli suuri merkitys sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien lukumäärällä.

”Pitäis olla enemmän. Asiakkaitten ongelmat on niin monimutkaisia et on terveysongelmia, plus muita näitä sosiaalisia, psyykkisiä ongelmia, et siinä tarvitaan jo niin paljon sitä ammattitaitoa.”

Kotihoidossa lääkehoidon turvallisuus ja poikkeamien käsittely lähtee liikkeelle ohjaajalle kohdistetusta Haipro-ilmoituksesta. Asia käsitellään lähipalvelualueesta riippuen heti suoran palautteen antamisen kautta, useimmilla alueilla ilmoitus käsiteltiin myös tiimin sairaan- tai terveydenhoitajan kanssa ja kaikilla lähipalvelualueilla viimeistään jossain aluekokouksessa yhteisesti kaikkien työntekijöiden kanssa. Kotihoidossa toteutettavaa lääkehoitoa ohjaa lääkehoitosuunnitelma ja ohjaajan vastuulla on lääkehoidon toteuttamisen kokonaisvastuu. Perehdytys, koulutus ja näytöt ovat tapa varmistaa lääkehoidon turvallisuutta. Kun asioita käsi-

tellään avoimesti, pystytään tarpeisiin vastaamaan. Seuraavassa kuviossa on esitelty tämä prosessi.



Kuvio 3 Lääkehoidon turvallisuus ja poikkeamien käsittely

8 Johtopäätökset

Vastauksia analysoitaessa, nousee niistä esille voimakkaasti samat kuin mitä STM on määritellyt lääkehoidon riskikohdiksi kotisairaanhoidon, hoitokotien ja palvelutalojen näkökulmasta.

”Antovirheet on niitä että ne on sillä tavalla huolimattomuusvirheitä . Tutut hoitajat luottaa siihen et ne muistaa mitä asiakkaalla pitää tehdä ja eikä lue hosua”.

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksessa sanotaan, että lääkehoitoa koskevan määräyksen tulee olla kirjattuna selkeästi sellaisella tavalla, ettei sitä voida tulkita väärin. Tiedonkulkuun liittyvät ongelmat, riittämätön perehdytys ja inhimilliset erehdykset ovat usein syynä lääkepoikkeamiin. Ongelmakohdaksi nousee kotiutuminen sairaalasta tai asiakkaalle on tehty lääkärin määräämiä lääkemutoksia.

Kotihoidossa on vasta viime vuosina lisätty sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien määrää tiimeissä, kun lähihoitajien vakansseja on saatu muutettua. Suurin osa vastaajista korosti myös sairaan- ja terveydenhoitajien työkokemuksella olevan suuri merkitys tiimin toimivuuteen juuri lääkehoidon osalta. Vastaajat kokivat, että sairaan- ja terveydenhoitajien työtaakka pysyy inhimillisenä, kun vakansseja on neljä per lähipalvelualue ja se helpottaa myös hoidolisten asioiden hoitamista lääkehoidon rinnalla.

Yksi lääkehoidon turvallisen toteuttamisen edellytyksistä on henkilöstön riittävä määrä, kuten luvussa kolme on asiaa käsitelty. STM 2013 mukaan työvoiman lisätarve kohdistuu lähes täysin kotihoidossa, asumispalveluissa ja laitoshoidossa toimivien hoitajien ammattiryhmään. Helsingin kaupungin lääkehoitosuunnitelman mukaan kotihoidon henkilökunnasta n. 17 % on laillistettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä.

Neuvonta ja ohjeistus ovat keskeinen hoitotyön auttamiskeino. Ohjauksen tarve lisääntyy, koska hoitoajat ovat lyhentyneet ja väestö vanhenee. (Lipponen, 2014, 14-17). Myös STM ohjeistaa, että hoitoon osallistuvien tulee osata seurata asiakkaan oireita ja lääkehoidon vaikutavuutta hoidon aikana ja sen jälkeen.

Raportointijärjestelmien käytöstä pitäisi myös pystyä hyödyntämään niiden antamia tuloksia, tärkeintä ei ole tietojen kerääminen rekisteriin, vaan virheistä oppiminen ja toiminnan kehittäminen. (Härkänen ym. 2011,43) STM (2013) korostaa laatusuosituksessaan mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaamista, palvelujen tulisi olla lähellä asiakasta ja palvelurakenteen tarkoituksenmukaista. Samassa suosituksessa on määritelty myös henkilöstön määrää, osaamista sekä johtamista.

9 Pohdinta

Olen tehnyt tätä opinnäytetyötä kaikkiaan lähes kahden vuoden ajan, prosessi on ollut pitkä, mutta opettava. Innostuksen tähän aiheeseen sain omalta työpaikaltani, kotihoidosta. Työssäni olen päivittäin lääkehoitoon liittyvien asioiden parissa ja on ollut mielenkiintoista selvittää kotihoidon ohjaajien näkökulmaa tähän asiaan. Opinnäytetyön toteuttaminen näin pitkän ajan kuluessa on ollut haastavaa, olisi kannattanut pitää jonkinlaista päiväkirjaa työn eri vaiheista. En ymmärtänyt, että tutkimusluvan saamiseen voisi kulua niin pitkä aika, lähes kaksi kuukautta ja silloin koko opinnäytetyön teko keskeytyi lähes kokonaan. Ymmärrän nyt, että olisi kannattanut tehdä asioita eri järjestyksessä, mutta toisaalta vastoinkäymiset kasvattavat ja opettavat uusia toimintatapoja.

Teoriaosuuden rajaaminen on ollut yksi vaikeimmista asioista tätä opinnäytetyötä tehdessäni. Lääkehoidosta löytyy todella paljon aineistoa, aina oppikirjoista väitöskirjoihin ja tehtyihin

tutkimuksiin asti. Olen käyttänyt lähdekirjallisuudessa näitä kaikkia, myös oppikirjoja. Niiden käytön perustelen sillä, että niistä löytyi hyvää tietoa juuri lääkehoidon toteuttamisesta. Tiedon hakuun olen käyttänyt niin kotimaisia kuin ulkomaisia tietokantoja, sekä kirjallista materiaalia perinteisesti lukemalla. Opinnäytetyötä tehdessäni olen oppinut hakemaan ajankohtaista tietoa internetistä, minkä käyttö ei ole koskaan ollut minulle helppoa. Lähdekirjallisuuden koen olevan ajan tasalla olevaa ja olen käyttänyt monipuolisia lähteitä, vaikkakin sosiaali- ja terveystieteiden turvallinen lääkehoito julkaisu on suuressa roolissa työssäni.

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kvalitatiivinen eli laadullinen analyysi ja tiedonhakuun haastattelu heti alusta lähtien. Pohjoisella palvelualueella on monta lähipalveluysikköä, mutta rajasin haastattelut koskemaan vain lähellä itseäni olevia alueita, koska näin pystyin helpommin toteuttamaan haastattelut lyhyellä varoitusaajalla ja nopealla aikataululla. Olin keskustellut työstäni haastateltavien kanssa jo pitkin vuotta, mutta laitoin heille vielä pienen kirjallisen muistutuksen ja raakaversion työstäni luettavaksi ennen haastatteluja. Valitsin kohde-ryhmäksi kotihoidon ohjaajat tarkoituksella, koska itse työskentelen sairaanhoitajan sijaisudessa ja halusin saada tietoa ohjaajien kokemuksista kotihoidossa toteutettavasta lääkehoidosta ja siihen liittyvistä ongelmakohdista.

Haastattelut litteroin aina samana päivänä kun ne oli tehty, aikaa tähän kului yllättävän paljon ja laitteen tekninen ikä oli tullut tiensä päähän, mikä selvisi nauhoja kuunnellessani. Osa haastatteluista kuului todella huonosti tai epäselvästi ja asian selvittäminen oli työlästä. Aineiston sisällönanalyysin tein luokittelun ja pelkistämisen avulla, analyysirungoksi valikoitui juuri ne asiat, mitkä olivat teorian pohjalta nousseet lääkehoidon riskikohdiksi. Aineiston luotettavuuden arvioin olevan melko totuuden mukainen, sillä saamani tulokset ovat samankaltaisia kuin lähdekirjallisuudessakin.

Tutkimusetiikkaa ohjasi tämän työn hyödynnettävyys työyhteisössä, tuloksia voidaan käyttää hoitotyön laadun kehittämiseen. Olen noudattanut hyviä eettisiä toimintatapoja opinnäytetyötä tehdessäni, kaikilla osallistujilla on ollut mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta ja olen ollut avoin ja rehellinen koko prosessin ajan. Tuloksista ei pysty pääättelemään yksittäisen henkilön vastauksia ja ne ovat vertailukelpoisia keskenään, koska kaikki haastateltavat ovat samassa asemassa työyhteisössä.

Haastatteluissa ohjaajat toivoivat henkilökunnalle lisää koulutusta lääkehoidosta sellaisessa muodossa, ettei siihen kuluisi liikaa välitöntä työaikaa, vaan se pitäisi pystyä toteuttamaan lyhyessä ajassa ja olla helposti saatavilla. Opinnäytetyön tuloksena voi tulkita, että virheitä sattuu lääkehoidon prosessin eri kohdissa ja niihin pitäisi puuttua ajoissa. Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien lukumäärää on jo lisätty ja sen koetaan olevan hyväksi hoitotyön laadulle. Tämän opinnäytetyön tuloksia ajatellen jatkokehittämisideana voisi olla lisäkoulutuksen koh-

distaminen juuri tässä työssä nousseisiin lääkehoidon riskikohtiin ja mahdollisesti muistilistan kehittäminen lääkehoidon turvalliseen toteuttamiseen jokaisen kotihoidossa työskentelevän hoitajan työvälineisiin.

Opinnäytetyö on esitetty osastotunnilla 08.09.2015 kotihoidossa osana kypsyysnäytettä. Työn esittäminen sujui ongelmitta, kohderyhmää kiinnosti tästä työstä saadut tulokset. Aihe herätti vilkasta keskustelua ja opinnäytetyön tekijää pyydettiin myös toiselle lähipalvelualueelle esittämään tulokset. Opinnäytetyöstä ja pidetystä esityksestä saatu palaute oli seuraavanlainen:

Aihe erittäin tärkeä ja ajankohtainen, esittäjä on hyvin perehtynyt työn aiheeseen, tietää ja tuntee asian hyvin sekä esittää sen vakuuttavasti. Hyvin toteutettu, analyysi onnistunut -> herättää ajatuksia ja esille nousee kehittämiskohteita ja koulutustarpeita. Kuudelta alueelta nousee hyvin samantapaista tietoa - varmaan sovellettavissa laajemminkin.

Lähteet

- Choo J., Hutchinson A. & Bucknall T. 2010. Nurse`s role in medication safety. *Journal of Nursing Management*, 2010 Oct; 18 (7): 853-861.
- Finley, F. 2014. Patients safety goals: improving the safety of high-alert medication administration. *Pelican News*, 2014 Dec; 70 (4): 6.
- Haipro. 2014. <http://www.haipro.fi/fin/default.aspx>. luettu 2.2.2014.
- Heiskanen-Haarala, 2012. Kollega ja lääkäri tärkeimmät lääketiedon lähteet. *Sairaanhoitaja* 8/2012, 48-49.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2012. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Huotarinen, N & Inkilä, M. 2011. Lääkehoidon vaikuttavuuden arvioinnin sekä seuranta- ja palautejärjestelmän toteutuminen Lohjan perusterveydenhuollon palveluissa. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/37447/Huotarinen_Nina%20ja%20Inkila_Mimosa.pdf?sequence=1. Luettu 15.2.2015.
- Härkänen, M., Turunen, H., Saano, S. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2011. Lääkityspoikkeamat ja niiden raportointi. *Sairaanhoitaja* 11/2011, 42-44.
- Härkönen, S. & Sulosaari, V. 2013. Tarkistuslista helpottaa lääkehoidon ohjausta. *Sairaanhoitaja* 6-7/2013, 40-42.
- Iso-Aho, M., Vanakoski, J., Raulos, E., Sukuvaara, R., Polvi, S., Rantanen, S., Sillman, M., Hietala, R. & Sirkeä, C. 2013. Kotihoidon lääkehoitosuunnitelma. Helsingin kaupunki.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.
- Kaunonen, M., Oja, K., Pitkänen, A., Ränkimies, M., Teuho, S., Uusitalo, M. 2014. Lääkehoitoon liittyvien vaaratapahtumien taustalla olevia tekijöitä. *Hoitotiede* 26 (3), 177-189.
- Kivelä, S-L. 2004. vanhusten lääkehoito. Jyväskylä: Tammi.
- Kivelä, S-L. 2006. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. Helsinki: Wsoy.
- Koskinen, Ojala, Puirava, Puirava & Salimäki 2012. Lääketietoa ammattilaisille. Helsinki: Sanoma Pro.
- Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos.
- Linden-Lahti, C., Airaksinen, M., Pennanen, P. & Käyhkö, K. 2009. Vakavat lääkityspoikkeamat potilasturvallisuuden haasteena. *Suomen Lääkärilehti* 64 (41), 3429-3434.
- Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksen määräys 6/12. http://www.fimea.fi/download/22690_Maarays_6_2012.pdf Luettu 22.2.15
- Miettinen, V. 2012. Paljon iloa tarkistuslistasta. *Sairaanhoitaja* 1/2012, 10-13.
- Nurminen, M-L. 2011. Lääkehoito. Helsinki: Wsoy.

Pietikänen, T. 2004. Kotihoitoasiakkaan lääkehoito kotihoidon työntekijän näkökulmasta. Pro gradu- tutkielma. Hoitotieteenlaitos. Tampereen yliopisto.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/91596/gradu00373.pdf?sequence=1>. Luettu 7.2.2015.

Polvi, S. 2012. Lääkehoitosuunnitelma hoitotyön johtamisen apuvälineenä Helsingin Kaupungin terveyskeskuksen kotihoito-osastolla. Hämeen ammattikorkeakoulu.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu, tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä. Gummerus. e-kirja.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1083030. Luettu 18.1.2014

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. <http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1932-4>. Luettu 18.1.2014.

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. 32. Helsinki: Etene.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf

Tokola, E. 2010. Turvallinen lääkehoito kotona ja laitoksessa. Hämeenlinna: Tammi.

Varantola, K., Launis, V., Helin, M., Spoof, S-K & Jäppinen, S. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittelyminen Suomessa.
http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_verkkoversio040413.pdf.pdf#overlay-context=fi/ohjeet-ja-julkaisut. Luettu 2.2.2015.

Veräjänkorva, O., Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S. & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: Wsoy.

Virsta virtual statistics. 2015. <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/05/03/>. Luettu 1.2.2015.

<http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Aineiston-keruumenetelmat/Haastattelu>

Kuviot

Kuvio 1 Lääkehoidon riskikohdat kotisairaanhoidon, hoitokotien ja palvelutalojen näkökulmasta (STM 2005, 39)	10
Kuvio 2 Tapahtumat lääkepoikkeamien taustalla	19
Kuvio 3 Lääkehoidon turvallisuus ja poikkeamien käsittely	21

Liitteet

Liite 1 Tutkimuslupa.....	29
Liite 2 Tiedote tutkittaville ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta	30
Liite 3 Haastattelurunko	31
Liite 4 Alustava analyysirunko	32

Liite 1 Tutkimuslupa



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
 Sairaala-, kuntoutus- ja hoivapalvelut
 Pohjoisen palvelualue
 Pohjoisen palvelualueen johtaja

Pöytäkirjanote

5/2015

1 (2)

22.4.2015

Marja Takussaari
 00099 Helsingin kaupunki

6 §

Päätös tutkimuslupahakemuksesta HEL 2015-002962

HEL 2015-002962 T 13 02 01

Päätös

Pohjoisen palvelualueen johtaja päätti myöntää tutkimusluvan Ira Pärssisen tutkimuslupahakemukselle "Lääkehoito Helsingin kaupungin kotihoidossa" (AMK- opinnäytetyö). Tutkimuksen yhteyshenkilönä toimii kotihoidon ohjaaja Marja Takussaari.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata, minkälaisia poikkeamia tapahtuu kotihoidossa toteutettavassa lääkehoidossa ja minkälaisissa olosuhteissa virheitä tapahtuu. Opinnäytetyötä varten haastatellaan kuutta kotihoidon ohjaajaa. Haastatteluun osallistujat ovat antaneet vapaaehtoisen kirjallisen suostumuksen.

Tutkimusluvan ehdot

Tutkimuslupa ei velvoita kohdeyksikköä osallistumaan tutkimukseen.

Tutkimuksesta ei tule koitua kustannuksia sosiaali- ja terveysvirastolle.

Tutkimusaineisto tulee hävittää opinnäytetyön valmistuttua.

Tutkimusraportista ei saa olla tunnistettavissa tutkimukseen osallistuneita henkilöitä eikä kohdeyksikköä.

Opinnäytetyöntekijä saapuu pyydettäessä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia kohdeyksikköön.

Tutkimuksen valmistuttua opinnäytetyön raportti tai sen sähköinen osoite toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön osoitteella Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveysvirasto, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki, sähköposti: helsinki.kirjaamo@hel.fi

Lisätiedot

Minna Säilä, toiminnansuunnittelija, puhelin: 310 43935
 minna.saila(a)hel.fi

Postiosoite
 PL 6000
 00099 Helsingin kaupunki
 sosiaali@terveys@hel.fi

Käyntiosoite
 Toinen linja 4 A
 Helsinki 53
 www.hel.fi/sote

Puhelin
 +358 9 310 5015
 Faksi
 +358 9 310 42504

Y-tunnus
 0201256-6

Tilinro
 FI1880001200052430
 Alv.nro
 FI02012566

Liite 2 Tiedote tutkittaville ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta

TIEDOTE TUTKITTAVILLE JA SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

1 Tutkijoiden yhteystiedot

Vastuullinen tutkija:

Ira Pärssinen, sh-opiskelija, Malmin kotihoito Lp1,050 5396233, ira.parssinen@hel.fi

2 Tutkimuksen taustatiedot

Laurea Hyvinkää/Opinnäytetyö/Huhti-toukokuu 2015

3 Tutkimusaineiston säilyttäminen

Tutkimuksen vastuullinen tutkija vastaa tutkimusaineiston turvallisesta säilyttämisestä.

4 Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja merkitys

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää ja kuvata, minkälaisia poikkeamia tapahtuu kotihoidossa toteutettavassa lääkehoidossa ja minkälaisissa olosuhteissa virheitä tapahtuu. Tarkoituksena on löytää vastaus siihen, mitkä tapahtumat johtavat lääkepoikkeamiin ja minkälaisia tekijöitä on lääkehoidon vaaratapahtumien taustalla.

Tässä opinnäytetyössä haastattelun teemat ovat seuraavat:

1. Miten lääkehoito toteutuu lähipalvelualueilla ohjaajien näkökulmasta?
 - a. Yhteenvedoissa nousee esille virheet lääkejaossa, lääkkeenantamisessa ja ra-portoinnissa sekä kirjaamisessa. Mitkä ovat alueiden yleisimmät ilmoitetut poikkeamat lääkehoidossa?
 - b. Mitä taustatekijöitä on tapahtumien taustalla? Miten tehdyissä HaiPro ilmoituksissa on kuvattu tapahtumia, jotka ovat johtaneet ilmoituksen tekoon?
2. Miten lääkehoidon turvallisuus toteutuu lähipalvelualueilla?
 - a. Miten asiaa on käsitelty lähipalvelualueilla?
 - b. Onko esiin noussut kehittämisideoita

5 Miten ja mihin tutkimustuloksia aiotaan käyttää

Tutkimustuloksia voidaan tulevaisuudessa hyödyntää hoitotyön laadun kehittämisessä kotihoidossa. Jatkokehittämisideaksi olen miettinyt turvalliseen lääkehoitoon suunniteltua tarkistuslistaa.

Olen perehtynyt tämän tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön, sekä tutkittavien oikeuksiin ja vakuutusturvaan. Haastatteluani saa käyttää tieteelliseen raportointiin (esim. julkaisuihin) sellaisessa muodossa, jossa yksittäistä tutkittavaa ei voi tunnistaa.

Liite 3 Haastattelurunko

Taustatiedot: ikä, koulutus, työhistoria

1. Mikä on oma käsitys lääkehoidon tilanteesta lp-alueella?
 - kuinka paljon tehty Haipro ilmoituksia (lukumäärä)?
 - missä kohtaa lääkehoidon prosessia poikkeamia syntyy eniten?
 - miten asiat on käsitelty tiimeissä?
 - oma käsitys syistä poikkeamien syntyyn?

2. Lääkeluvat alueella, onko niillä mielestäsi merkitystä lääkehoidon toimivuuteen?
 - Kuinka paljon on lääkeluvallisia hoitajia ja kuinka paljon luvattomia?
 - Miten on järjestetty perehdytys ja näytöt?
 - onko sh/th:n määrällä vaikutusta oman lp alueen lääkehoitoon?

Liite 4 Alustava analyysirunko

Alustava analyysirunko ensimmäiseen tutkimuskysymykseen:

YLÄLUOKKA:

Lääkehoito (Mitkä tapahtumat johtavat lääkepoikkeamiin?)

ALALUOKAT:

- Lääkejako: väärä lääke, väärin jaettu, virheellinen lääkelista
- Lääkkeenkäyttökuntoon saattaminen: aseptiikka
- Lääkkeen antaminen: väärä lääke, väärä aika, väärin annettu
- Tiedonvälitys, vuorovaikutus ja kirjaaminen: väärin kirjattu, puutteelliset tiedot, kielitaidon puute
- Neuvonta ja ohjeistus: ei ole toteutettu seuranta, henkilökunnan vaihtuvuus

Toinen tutkimuskysymys:

YLÄLUOKKA:

Poikkeamien lukumäärä?

ALALUOKAT:

- Perehdytys
- sairaanhoitajien/terveydenhoitajien lukumäärän merkitys
- asian käsittely lähipalvelualueilla